

**AL SIG. PRESIDENTE
DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI**

Il/La sottoscritto/a dott. _____

Nato a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

tel. _____ E-Mail _____

- Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____ al numero: _____
- Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di _____ al numero: _____
- Specialista in _____
- Non specialista ma documenta la professionalità in: _____ (allegare, se non già depositata o se iscritto ad altro Ordine, idonea documentazione)

CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NELL' **ART. 55** (informazione sanitaria), **ART. 56** (pubblicità dell'informazione sanitaria), E **ART. 57** (divieto di patrocinio) DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2006) E, A CONOSCENZA DELLEDIRETTIVE IMPARTITE DALLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI CON LA LINEA GUIDA ALLEGATA AL CODICE DI DEONTOLOGIA.

PER I SUMMENZIONATI ARTICOLI, LIBERAMENTE

- **COMUNICA DI AVER GIA' PREDISPOSTO UN MESSAGGIO PUBBLICITARIO CON**
- **CHIEDE IL PARERE DI CONFORMITA' ALLE NORME DI DEONTOLOGIA PER**

IL SEGUENTE TESTO:

PUBBLICIZZATO MEDIANTE:

DICHIARA DI ESERCITARE

- Da singolo/a nel proprio studio sito in _____
Via _____ tel. _____
- Da associato/a con i colleghi: _____
_____ nello studio professionale sito in _____
Via _____ tel. _____

Data

Firma

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI _____**

Questo Ordine, esaminata la presente richiesta, esprime parere:

FAVOREVOLE Deliberazione di Consiglio n. _____ del _____

SFAVOREVOLE Deliberazione di Consiglio n. _____ del _____

MOTIVAZIONE DELLA DECISIONE:

Data _____

Il Consigliere Segretario
dott. Paolo Sarasin